Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 3 - 1979

PROEFBUISBABY'S ... EN VERDER ?

EEN ETHISCHE REFLECTIE OP DE (IN)FERTILITEITSTHERAPIEEN

Marc CHRISTIAENS

Aan de geboorte van de derde of vierde proefbuisbaby spenderen onze kranten nauwelijks nog enkele informatieve lijntjes. Latere geboorten in deze rij zullen helemaal geen nieuwswaarde meer hebben, tenzij nieuw sensatievoer opduikt.

Toch is het amper van juli '78 geleden dat de geboorte van Louise Brown dagenlang de grote krantenkoppen haalde. De **Daily Mail** telde voor de exclusieve rechten op de gehele story bijna 20 miljoen frank neer. Dat zal ook niet uit liefdadigheidsoverwegingen geweest zijn.

Gesteld dat journalisten een scherp aanvoelen (moeten) hebben voor wat nieuwswaarde heeft voor hun lezers, kijkers of luisteraars, dan kan men uit de media-interesse voor een bepaald onderwerp iets leren over de belangstellingssfeer en gevoeligheden van de publieke opinie. Deze hypothese doet concluderen dat de verbazing over wat dr. Steptoe en Prof. Edwards hebben gerealiseerd — een verbazing die voor de enen de richting van bewondering en voor de anderen de richting van onrust uitging — snel getaand is : het brede publiek accepteert op vandaag het nieuwe en het onverwachte bijzonder snel. Zo snel misschien, dat er nauwelijks nog tijd is voor kritisch vragen. En dat is verontrustend.

Wetenschappelijke kringen waren niet zo verbaasd. Zij hadden de geboorte van een Louise Brown al een hele tijd zien aankomen. Vooral sinds het begin van de zestiger jaren is de medische wereld goed geïnformeerd over de snelle vorderingen inzake bevruchting en embryonaire ontwikkeling in vitro en de inplanting van kiemcellen in een hormonaal klaargemaakte baarmoeder. Dat deze expermentele keten eens succesvol zou afgerond worden, was slechts een kwestie van tijd. Dat dit succes door Steptoe en Edwards werd behaald was evenmin een verrassing : al twintig jaar nemen deze wetenschappers in dit domein speerposities in en hebben zij in vele artikelen en conferenties geregeld verslag gegeven van hun research, van hun vorderingen en moeilijkheden. Voor hun inspanningen en openheid zijn, vanuit wetenschappelijk standpunt, de bloemen hun gegund. Of zij ook met de ethische lauwerkransen kunnen getooid worden is niet zo vanzelfsprekend. De gehele context — denk o.m. aan de publiciteit waarmee deze affaire omgeven werd — roept, op zijn zachtst uitgedrukt, vragen op. En intussen zullen de « voedstervaders » van Louise Brown niet al teveel problemen hebben om het nodige kapitaal bijeen te garen voor hun privékliniek die ze in de buurt van Cambridge

willen oprichten : deze zou het eerste centrum ter wereld moeten worden dat er in is gespecialiseerd om infertiele vrouwen aan een kind te helpen via in-vitro-bevruchting. We willen ons hier niet bezighouden met casuïstiek, doch de gehele ethische problematiek in een ruimer kader terugplaatsen.

Medisch-therapeutische voorzieningen.

Ofschoon in hun commentaren de wetenschapsmensen met nadruk onderstrepen dat, ondanks het eerste succes, voor tal van problemen nog geen bevredigende oplossing werd gevonden en vele vragen onbeantwoord blijven (1), toch mag redelijkerwijze verwacht worden dat, over niet al te lange tijd, bevruchting met initiële ontwikkeling in vitro gevolgd door inplantatie, reëel ter beschikking staat van de fertiliteitstherapie.

Met hun ingreep wilden Steptoe en Edwards een biologisch eigen kind bezorgen aan een echtpaar wiens onvruchtbaarheid gevolg was van een afwijking in de eileiderfunctie bij de vrouw, waarbij de blokkade niet langs chirurgische weg kon opgeheven worden. Hetzelfde procédé zou ook kunnen aangewend worden voor een aantal andere anomalieën, zodat een niet onaanzienlijk aantal echtparen, tot op vandaag onherroepelijk infertiel, in de toekomst een gewettigde hoop zouden mogen koesteren op een biologisch eigen kind. Thans zijn pleegkind en adoptie voor deze paren de enige uitweg om aan hun kinderwens te voldoen. Anderzijds mag niet uit het oog verloren worden dat tegenover een reeds te grote — en nog steeds groeiende — vraag een voortdurend dalend aanbod staat van kinderen, die hiervoor in aanmerking komen.

Met het oog op een ethische evaluatie van medisch-technische hulpverleningsmethoden sommen we kort de alternatieven op die een infertiel echtpaar met kinderwens kan in overweging nemen bij het zoeken naar een « oplossing » :

— de ongewilde steriliteit ombuigen tot een bewust positieve keuze voor kinderloosheid;
— het opnemen van een pleeg- of adoptiekind;
— voor bepaalde vormen van infertiliteit (nadat gebleken is dat geen heil meer kan verwacht worden van medicamenteuse of chirurgische therapie) is nog medisch-technische hulp beschikbaar via kunstmatige inseminatie en sinds kort kan in principe ook aan bevruchting in vitro gevolgd door inplantatie van de zygote, in deze rij een plaats gegeven worden.

Onze aandacht zal hoofdzakelijk gaan naar de laatste vormen van hulpverlening, hoewel zal blijken dat onze overwegingen, meer impliciet dan expliciet ook de eerste twee alternatieven viseren.

Wat de medisch technische hulp betreft is het niet zonder belang te wijzen op het onderscheid tussen kunstmatige inseminatie van de vrouw met zaad van haar echtgenoot (K.I.E.) en bevruchting met donorsperma (K.I.D.). Een gelijkaardig onderscheid kan niet uitgesloten worden voor de in vitro-bevruchting. Hierbij denken we niet enkel aan de mannelijke component; technisch lijkt het niet onoverkomelijk dat op eiceldonors beroep gedaan wordt mocht het uitgesloten zijn dat de echtgenote zelf kan voorzien in geschikte eicellen. Een laatste mogelijkheid is een combinatie van beide : in vitro-bevruchting met zowel mannelijke als vrouwelijke donorgameten.

Een aantal van deze ingrepen kunnen voor meerdere doeleinden aangewend worden. Onze ethische reflectie betreft deze technieken voorzover ze kunnen bijdragen tot het oplossen van steriliteitsproblematiek. De vraag waarop wij in de volgende bladzijden een antwoord willen zoeken luidt dus : in hoever is het gebruik van genoemde medisch-technische voorzieningen **ethisch** verantwoord als middel om tegemoet te komen aan de kinderwens van een individueel echtpaar (gesteld dat deze ingrepen de experimentele fase definitief zijn ontgroeid) ?

Een dwingende katholieke visie ?

Een aantal gezaghebbende figuren binnen de Katholieke Kerk hebben, in de dagen die volgden op de geboorte van de eerste proefbuisbaby, zich in negatieve bewoordingen uitgelaten over de in vitro-bevruchting. Sommigen brachten veel begrip op voor de edele motieven van het echtpaar Brown zodat zij weinig of geen redenen zagen om over subjectieve schuld te spreken, maar anderzijds vonden zij dat in vitro-praktijken objectief te veroordelen waren (2).

Het argument ter ondersteuning van deze afwijzing is de **natuur**lijke band tussen seksualiteit en ouderschap, waaraan een ethisch dwingend karakter wordt toegekend. De seksuele verwekking krijgt hier een constitutieve betekenis toegewezen : de zinrijke ouders-kind-relatie kan slechts wortelen in de vruchtbare liefdescoïtus.

In het recente verleden ging, van officieel kerkelijke zijde nogal wat aandacht naar de samenhang tussen echtelijke seksualiteit en procreatie. Zo beklemtoonde o.m. de encycliek **Humanae Vitae** het directe verband tussen beide : « Wanneer de Kerk de mensen aanspoort de voorschriften van de natuurwet in acht te nemen (. . .) dan leert zij dat welke huwelijksdaad ook open moet blijven voor de overdracht van het menselijk leven » (n. 11). Omdat de focus van dit document enigszins anders georiënteerd stond, werd in dit document de plaats en de betekenis van de seksuele conceptie voor het ouderschap niet nader omschreven. Voor een meer gedetailleerde (Vatikaanse) analyse

hiervan binnen deze klassiek kerkelijke filosofische visie, dienen we terug te keren tot de jaren vijftig, toen Paus Pius XII in meerdere toespraken stelling nam tegen de homologe inseminatie. Hij stelde daarin dat de artificiële verwekking immoreel is omdat hierbij het welzijn van het kind in het gedrang komt; de liefdevolle ouders-kind-relatie, een conditio sine qua non voor de opvoeding van het kind tot authentieke schoonmenselijkheid, zou immers geriskeerd zijn omdat een wezenlijke pijler van het ouderschap ontbreekt, nl. de vruchtbare liefdescoïtus (3). Het is op deze uitspraken dat de hogergenoemde afwijzing van de in vitro-bevruchting zich beroept.

Als je deze redenering consequent aanhoudt, dan worden hier tegelijk twijfels uitgesproken t.a.v. de liefdesbekwaamheid van ouders voor hun adoptie- en/of pleegkind. Met deze logica is adoptie of het opnemen van een pleegkind niet in overeenstemming te brengen. Tot deze conclusie wordt de redenering niet doorgetrokken, er wordt naar een andere argumentatie overgeschakeld : het opnemen van een adoptie- of een pleegkind wordt positief geëvalueerd omdat het een liefdevolle beslissing is, die het welzijn van het (reeds eerder geboren) kind ten goede komt.

Sinds Pius XII werd deze visie niet meer officieel herbevestigd. Wellicht in de hand gewerkt door dit stilzwijgen, en mede onder groeiende invloed van het personalistisch denken omtrent huwelijk en seksualiteit gingen steeds minder katholieke theologen, ook behoudsgezinden, bezwaren aantekenen tegen de homologe inseminatie. Met het verzet tegen K.I.D. werden ook de argumenten waarop dit verzet steunde, in de ijskast gestopt. Een redenering, die in feite niet meer functioneert, wordt thans, meer dan 20 jaar later, van onder het stof gehaald, om de objectieve veroordeling van de jongste proefbuisbabypraktijken te motiveren.

Het conciliaire uitgangspunt.

Historische overwegingen op zich zijn niet doorslaggevend om te stellen dat een bepaalde mensvisie op vandaag niet langer houdbaar is. Wel kunnen ze een aanzet zijn, een uitnodiging inhouden voor een vernieuwde reflectie.

Inhoudelijk heb ik heel wat moeite met een visie die beweert een ethisch oordeel te kunnen uitspreken over het ouderschap op basis van de wijze waarop een kind werd verwekt. Hoe kun je een daad moreel evalueren, onafhankelijk van de mensen die de daad hebben gesteld, zonder de gehele menselijke context in rekening te brengen ? Hoe kun je een ethische uitspraak doen over a-seksuele verwekking zonder hierbij de kwaliteit van de kinderwens te betrekken, noch het concrete biologische noodlot van de infertiliteit ?

Bij het stellen van deze kritische vragen voel ik mij gerugge-steund door de visie van het Concilie op wat menswaardig is : een handeling is ethisch goed wanneer ze bijdraagt tot de authentieke ontplooiing van de persoon en van zijn relaties tot andere personen. Deze benadering wordt verhelderend uitgewerkt o.m. in wat in **Gaudium et Spes** over huwelijk, seksualiteit en voortplanting wordt gezegd. Het personale liefdesverbond tussen man en vrouw geldt als basiscriterium én voor ethisch verantwoorde seksualiteit én voor ethisch verantwoorde procreatie.

Seksueel met elkaar omgaan brengt iets tot uitdrukking. Het lichaam is taalmedium waardoor de betrokkenen iets aan elkaar meedelen. Wat geopenbaard wordt kan van de meest uiteenlopende aard zijn : gaande van platvloers egoïsme waarbij de andere slechts een object is om eigen lust te bevredigen, tot en met een tedere wederzijdse liefdesovergave. Uiterlijk kan het om dezelfde handeling gaan. In een ethisch positief te waarderen seksualiteit spreken de partners hun liefde voor elkaar uit in omstandigheden, waarin beiden het gebruik van deze lichamelijke symbooltaal zinvol achten, en op een wijze die het best hun gevoelens voor elkaar vertolken.

Op een gelijkaardige wijze hangen vruchtbaarheid en liefde samen. Uit het feit dat, of uit de wijze waarop, een zaadcel een eicel binnendringt kun je moeilijk conclusies trekken omtrent zinvolheid van dit gebeuren. Het biologisch feit op zichzelf openbaart niets; de ethiek interesseert zich aan datgene wat het paar via deze conceptie al dan niet tot uitdrukking wil brengen. Willen deze twee mensen aan elkaar hun liefde manifesteren of niet ? en is het verwekken van een kind een geschikte weg om aan deze liefde gestalte te geven of niet ? M.a.w., en iets meer prozaïsch, wat beogen man en vrouw ? en is in de gegeven omstandigheden dit middel geschikt om het beoogde doel te bereiken ?

Verantwoord ouderschap.

Naast genoemde vraagstelling dient nog een andere dimensie in de overweging betrokken te worden.

Het kind moet niet alleen een symbool van partnerliefde zijn, maar tevens vertegenwoordigt het een waarde in zich. Eens in het leven geroepen, gaat het een eigen leven leiden, doet het op de ouders beroep om het te helpen bij zijn groei naar volwaardig mens-zijn. Het kind moet dus **blijvend** symbool kunnen zijn van de partnerrelatie. Ouderschap wortelt in het partnerschap. Ouderschap **is** partnerliefde, gerijpt en uitgegroeid tot een niveau waarop een mens tot levend symbool van de liefde kan worden. Van de ouder-kind-relatie is de opvoeding een wezenlijke dimensie : maar wat is opvoeding anders dan dat man en vrouw hun eigen relatie liefdevol voorleven en door

hun liefdevolle omgang met elkaar en met hun kind, dit kind uitnodigen tot ontplooien van eigen liefdesbekwaamheid ? Als een kind de vrucht van de liefde is, dan is opvoeding de rijpe vrucht van de liefde. Ouderschap ontspringt, qua betekenis, dus niet aan de procreatieve seksualiteit, wel aan de echtelijke liefde. De seksuele verwekking is beslist de normale weg om dit kind het leven te schenken. Maar wat als om een of andere reden deze weg niet kan/mag bewandeld worden ?

Om deze vraag te beantwoorden preciseren we vooraf het begrip « verantwoord ouderschap ». De gebruikelijke vraag « is het nu verantwoord een kind te verwekken ? » kan, in het licht van het voorgaande, als volgt geformuleerd worden : Is nu lichaam geven aan onze lichamelijk geleefde liefde een adequaat symbool ? In deze laatste vraag ligt een dubbel ethisch criterium besloten :

— Is onze liefde standvastig genoeg om het risico aan te gaan zich te veruitwendigen in een kind dat, eens in het leven geroepen, een eigen leven moet kunnen leiden ? M.a.w. achten de partners zich in staat om te opteren voor een liefdessymbool met een blijvend en onherroepelijk karakter ?
— Het tweede criterium is het welzijn van het kind zelf. Kan het paar dit in voldoende mate garanderen ? De wil om hun kind tot schoonmenselijkheid op te voeden is een primaire voorwaarde. Doch naast deze subjectieve intentie dienen tal van « objectieve » criteria in overweging genomen te worden. Welke mogelijkheden en kansen — genetische, psychologische, sociaal-economische,... — kan men een kind aanbieden op weg naar een menswaardige ontplooiing ?

In deze vraagstelling wordt aan de wijze van verwekking geen doorslagevende betekenis toegekend. Ik meen derhalve te mogen stellen dat, vanuit ethisch standpunt, voor bepaalde vormen van infertiliteit therapieën als KID of in vitro-conceptie met kieminplantatie niet a priori kunnen uitgesloten worden — tenminste indien aan deze praktijken geen speciale risico's voor de kiem (meer) verbonden zijn. Seksuele procreatie lijkt me niet constitutief voor volwaardig ouderschap. Waar het op aan komt is de kwaliteit van de echtpaarrelatie en van de kinderwens, en verder, de garanties voor het welzijn van het kind.

Wat dit laatste betreft zal het duidelijk zijn dat hierbij heel wat waardevolle beschouwingen te maken zijn. Hierop kunnen we binnen dit bestek niet ingaan. Omdat onze aandacht vooral gaat naar vruchtbaarheidsaangelegenheden gaan we wat dieper in op de problematiek van de genetisch geriskeerde kinderwens. We proberen een nadere omschrijving te geven van de ethische verantwoordelijkheid van een echtpaar wiens wederzijdse liefde gerijpt is tot het niveau van het ouderschap, doch wiens nakomelingschap op erfelijkheidsgronden aanzienlijk risico loopt.

Geriskeerde partnerkeuze ?

Toch lijkt het nuttig eerst even stil te staan bij de verantwoordelijkheden in de fase die voorafgaat aan het stadium « gerijpt tot het ouderschap ».

Terecht stipt Häring aan dat het probleem van een genetisch geriskeerd nakomelingschap zich niet primair op het niveau van het echtpaar situeert, maar reeds bij de partnerkeuse aan de orde is. Hier wordt immers bepaald uit welk genenpakket voor een eventueel nageslacht zal geput worden. Op grond hiervan geeft hij de raad dat « wie kinderen wil hebben in geweten een huwelijk met een partner met dezelfde autosomale afwijking moet vermijden » en dat « zij die met dominante en ernstige erfelijke kwalen belast zijn er goed aan doen uit eigen beweging af te zien van huwelijk en voortplanting » (4). Sommige genetici — maar ook ethici, onder wie Paul Ramsey (5) — willen zelfs aan de overheid het recht toekennen huwelijken op ernstige genetische gronden te verbieden. Een dergelijk veralgemeende overheidsinmenging in de individuele privacy lijkt ons erg bekritiserbaar; we houden het liever bij een aanmaning die de persoonlijke gewetensbeslissing respecteert. Ook vragen wij ons af waarom deze geliefden zich het huwelijksgeluk zouden moeten ontzeggen. Er kunnen immers alternatieve oplossingen overwogen door infertiele of biologisch belaste echtparen.

Het is beslist noodzakelijk dat trouwlustigen de nodige openheid opbrengen om zich aan elkaar te laten kennen, zodat zij samen kunnen nagaan of hun verlangens en mogelijkheden in zoverre accorderen dat een gezamenlijk levensproject te wagen is. Deze openheid omvat ondermeer de bereidheid om onderling biologische informatie over zichzelf uit te wisselen. Valse schaamte op dit terrein kan oorzaak zijn van veel leed, dat kon voorkomen worden.

Hier rijst echter de vraag in hoeverre jonge mensen over hun eigen somatiek geïnformeerd zijn. En wanneer het om hun genetische conditie gaat, is het dan überhaupt mogelijk van de relevante feiten op de hoogte te zijn ? Sommige eugenetici dromen ervan alle erfinformatie in computers op te slaan. Een databank voor dergelijke intieme gegevens schrikt velen af; toch staan sommige ethici er niet geheel afkerig van want zij willen het erfelijkheidsonderzoek voor iedereen verplicht stellen (6). Anderen zijn iets meer gematigd en raden zulk een onderzoek sterk aan (7). Op het eerste gezicht lijkt deze oplossing geknipt om vele genetische anomalieën te voorkomen. Doch zulke voorstellen getuigen van weinig inzicht in de huidige stand van de wetenschap. Een premaritaal algemeen chromosomenonderzoek is niet haalbaar — nog afgezien van de kosten voor infrastructuur en organisatie — omdat slechts gerichte diagnoses mogelijk zijn : zoiets kan slechts zinnig zijn voor personen van wie bekend is dat zij voor een bepaalde anomalie verhoogd risico lopend. In het

best denkbare geval kan een kleine minderheid beschikken over relevante genetische informatie omtrent zichzelf; vanuit het oogpunt van de volksgezondheid ware dit reeds een grote stap voorwaarts. Weet hebben van elkaars eventuele genetische belasting kan soms reden zijn om een relatie op te schorten, m.n. wanneer per se een biologisch verwant kind wordt gewenst en hiervoor geen enkel alternatief in overweging kan genomen worden.

De geriskeerde kinderwens.

Tot de ontdekking komen dat de kinderen die men zich (nog) toewenst, ernstig gevaar lopen genetisch gehandicapt te zijn, betekent voor een paar altijd een crisis. Hiermee geconfronteerd moeten man en vrouw samen in geweten uitmaken of procreatie nog echt verantwoord is.

Deze ethische stelregel klinkt wellicht overtuigend, doch de statistieken leren dat de werkelijkheid ver op de theorie achter ligt. Blijkbaar is de hunker naar een biologisch eigen kind zo sterk dat, ondanks ernstige medische waarschuwing ,een respectabel hoog aantal paren toch zwanger wordt : 20 tot 36 % van hen die te horen kregen dat hun volgend kind groot risico liep (meer dan 1 kans op 10) om mentaal gehandicapt te zijn, waagde toch een zwangerschap (8). Zij lieten zich blijkbaar niet afschrikken, of . . . wilden ze misschien « bewijzen » dat de prognose fout was ? Zulke hoge cijfers doen vragen rijzen over het ethisch verantwoordelijkheidsgevoel. Destemeer wanneer men vaststelt dat de meerderheid een vruchtwaterpunctie ondergaat die evident gevolgd wordt door een eugenetische abortus wanneer een anomalie wordt gedetecteerd. Kinderen verwekken wordt hier quasi een kansspel : de kans dat men wint is groter dan de kans op verlies, valt het toch verkeerd uit, dan wordt het verlies door een abortusverzekering gedekt. Is het dan verwonderlijk dat bepaalde ethici, via mogelijke sterilisatiedwang, de verantwoordelijkheid naar de gemeenschap, i.c. de overheid, willen toeschuiven? Hiertegenover staan een aantal alternatieven, waarbij het laatste woord aan de partners wordt gelaten.

Het eerste alternatief is de bewust genomen, wel overwogen beslissing om verder kinderloos door het leven te gaan. Zulk een besluit is geen momentgebeuren maar behelst allereerst een rouwproces, een afscheid nemen van zijn identiteit als paar dat zijn liefdesrelatie gestalte wou geven in het kind. Men ziet zich afgesneden van een expressiemedium dat als zinvol ervaren werd. Het doorgroeien naar het ouderschap, dat als vervulling van het echtpaarzijn werd beleefd, blijkt niet mogelijk te zijn. Als paar voelen zij zich geamputeerd.

Wanneer partners er in slagen de geriskeerde kinderwens om te buigen tot een zelf gekozen en geaccepteerde steriliteit, zullen zij,

binnen de zichzelf opgelegde grenzen, vaak gaan woekeren met hun mogelijkheden. Gerijpt en gelouterd door het gemis, kan de interpersoonlijke relatie dieper wortel schieten; dikwijls zal dit nieuw gewonnen intensief geluk zich willen vertakken in een of andere vorm van bredere sociale beschikbaarheid. Deze sociaal-psychologische vaststelling (9) ondersteunt onze antropologische analyse : zij onderstreept — zij het op een negatieve wijze — de directe verwantschap tussen partnerliefde en ouderschap.

Het psychologisch onderzoek reikt ons nog een bevestiging aan van ditzelfde inzicht. Er blijkt geen wezenlijk verschil te bestaan tussen een adoptiewens en de kinderwens van een biologisch vruchtbaar paar (10). Ouderschap heeft dus weinig te maken met het biologisch feit van de seksuele verwekking. Wel blijkt dat de adoptievruchtbaarheid, meer nog dan de seksuele voortplanting, kwalitatieve eisen stelt aan de psychoseksuele man-vrouw-relatie. Enerzijds moet reeds afscheid genomen zijn van de biologische fertiliteit en vervolgens wordt het paar plots geconfronteerd met een vreemd-geboren kind dat zij moeten kunnen identificeren als **ons** zo lang verwachte kind. Deze identificatie is ook opdracht bij de geboorte van een bloedeigen kind, doch in de tijd van de verwachting is het kind, waarvan het paar zwanger is, dichter voelbaar nabij dan in de lange tijd van de adoptieverwachting. De bredere kloof kan slechts overwonnen worden dank zij de kwaliteit van een wij gemeenschap, die door hun samen doorleefd leed is gerijpt. Deze identificatie maakt het « geadopteerde vreemde kind » tot het levend symbool van **onze** liefde. Volledig geïntegreerd stelt de psychogenetische ontplooiing geen enkele specifieke moeilijkheid.

Medisch therapeutische ingrepen.

We hadden het reeds eerder over een derde alternatief, nl. de homologe inseminatie, resp. homologe bevruchting in vitro. Onze conclusie luidde : wanneer de kinderwens een ethisch verantwoord verlangen is (dubbel criterium : het kind als waardig symbool van de partnerliefde; garanties voor het toekomstig welzijn van het kind) en wanneer het paar van oordeel is dat hun optie via deze ingreep kan gerealiseerd worden, dan zien wij geen principiële redenen om deze medische hulpverlening als ongeoorloofd af te wijzen.

Voor de beoordeling van andere vormen van vruchtbaarheidstherapie gelden dezelfde criteria : een echtpaar moet in staat zijn om, op basis van hun wederzijdse liefde, het kind tot het kind-van-hun-liefde te promoveren en zich ten volle inzetten voor de menswaardige ontplooiing ervan. Deze norm moet gehandhaafd blijven ook wanneer vanuit genetische overwegingen, met het oog op het welzijn van het komende kind, de gerechtvaardigde kinderwens slechts via een beroep op gametendonors kan verwerkelijk worden : donorinse-

minatie en, over afzienbare tijd, ook in vitro-bevruchting met een donoreicel gevolgd door inplantatie.

Een argument dat in bepaalde ethische kringen steeds weer tegen deze ingrepen aangevoerd wordt is dat een conceptie met donorgameten in wezen niet verschilt van overspel. In hun louter biologische structuur is een verregaand parallelisme tussen beide praktijken niet te ontkennen. Een analyse van de geïsoleerde feiten gaat echter uit van de stelling dat een biologische structuur zijn eigen zin openbaart. O.i. kan overspel moeilijk opgevat worden als het binnendringen in een eicel van een verkeerde zaadeel. Geen geslachtscel doch slechts de mens kan overspel plegen. Een personalistische mensvisie, zoals die spreekt doorheen de concilieteksten over huwelijk en gezin, kan geen feiten beoordelen los van de mensen die er bij betrokken zijn. Er is geen « andere » die de man-vrouw-eenheid verbreekt : de anonimiteit van de donor garandeert juist de afwezigheid van een derde persoon. Wat in de relatie wordt ingebracht zijn geslachtscellen die, als anoniem materieel gegeven ontdaan zijn van elke verwijzing naar de persoon van de donor. Op zich zijn ze ethisch neutraal. De ethische kwalificatie van deze medisch therapeutische ingreep dient uit te gaan van de persoonscontext : brengen de vreemde gameten de liefdesrelatie in diskrediet of promoveren zij juist de relatie ? Is dit laatste het geval dan heeft de artificiële ingreep geen andere betekenis dan dat hier « de natuur een handje wordt toegestoken » bij het realiseren van het legitiem verlangen om via een kind een levend gezicht te geven aan de personale wederzijdse liefde.

Wat we tot nu toe gedaan hebben is niets anders dan zoeken naar een inhoudsomschrijving van het begrip « verantwoord ouderschap », toegespitst naar de genetisch geriskeerde kinderwens. Daarmee is echter geen « reddende oplossing » geschetst voor een concreet echtpaar dat met deze problematiek geconfronteerd wordt. Zij, en niemand anders, staan voor een gewetensbeslissing. Opteren zij uiteindelijk om af te zien van een biologisch eigen kind, dan zou men deze keuze kunnen karakteriseren als « infertiliteit op ethisch-eugenetische gronden ».

Eugenetica.

En daarmee valt een woord dat zwaar emotioneel beladen is. Eugenetica. Dit is de wetenschap die over de biologische kwaliteit van de toekomstige generaties wil waken en deze zonodig verbeteren. Een wetenschap met een zwaar besmet verleden, waarover liever gezwegen wordt. Het zou echter getuigen van weinig ethische moed mocht dit taboe nog langer gehandhaafd blijven. Noch het spookbeeld van de supermens, noch de reële gevaren voor andere misbruiken mogen reden zijn om **bij voorbaat** alarm te schreeuwen. Dergelijke

emotionele reacties kunnen rustige, rationele overwegingen de weg versperren. Vandaar dat wij dit probleem kort willen situeren.

Naar aanleiding van de proefbuisbaby heeft de journalistiek herhaaldelijk de link gelegd naar Huxley's babyfabrieken van destijds. Daar was beslist geen aanleiding toe. Doch anderzijds moeten wij ons ervan bewust zijn dat we volop bezig zijn met eugenetische praxis ! Niet enkel voorkomen wij dat de genetische erfmassa van de volgende generaties zou verslechteren, door aan genetisch belaste echtparen de raad te geven van procreatie af te zien. Doch via bijvoorbeeld K.I.D. grijpt de medische wetenschap op vandaag rechtstreeks en positief in op de genetische kwaliteit van onze nazaten. Vooraleer kandidaten als gametendonor worden geaccepteerd worden zij immers genetisch geëvalueerd. De gemiddelde kwaliteit van het zaad in een spermabank ligt hoger dan de kwaliteit van het zaad van een doorsnee-mannenpopulatie.

Het lijkt ons voor de moderne mens de hoogste tijd om zich verantwoordelijk te weten voor de biologische kwaliteit van de toekomstige generaties (meervoud !). Op het jongste internationaal congres over erfelijkheid (Moskou, 1978) werd aangetoond dat in de voorbije 25 jaar het aantal aangeboren afwijkingen verdubbeld is. Deze trend zal zich versneld doorzetten wanneer er niet ingegrepen wordt.

Een van de grote verantwoordelijken voor deze verontrustende evolutie is . . . de humane geneeskunde, die zich inzet voor de zwakke, aandacht heeft voor de individuele persoon en voor de persoonswaarden. Deze humaniteit verstoorde het natuurlijke evenwicht binnen de menselijke soort door o.m.

- haar strijd tegen ziekte en dood en droeg op die manier bij tot de bevolkingsexplosie en het groeiend aantal erfelijke anomalieën;
- de zorg voor de zwakken vermeervoudigt de gevolgen van allerlei kwalen;
- de vertechnisering van onze samenleving en de medicamentalisering van de geneeskunde is oorzaak van vele (schadelijke) mutaties;
- medische verzorging voorkomt prenataal wegselecteren van genetisch zwakken en belasten; enz.

Verstoord evenwicht, ook als dit veroorzaakt wordt door humane principes, tendeert naar een collectieve ondergang. De mens heeft dus tot opdracht opnieuw op zoek te gaan naar evenwicht, ditmaal een menswaardig (en geen natuurlijk) evenwicht dat moet nagestreefd worden met menswaardige middelen. De verwoording van nieuw humaniteit zal moeten gebeuren in termen van humaan evenwicht : aan elk ingrijpen van de mens, aan elk manipuleren van de mens of van de natuur, moeten maatregelen beantwoorden die de schadelijke consequenties ervan compenseren. Deze corrigerende initiatieven

kunnen van individuele of sociale aard zijn, preventief of curatief, de mens of zijn omgeving betreffen.

Een daarmee wordt een menswaardigde eugenetica een opdracht waar de medische wetenschap — in dialoog met alle menswetenschappen — sinds vandaag niet meer onderuit kan.

Wie gelooft in de mens, wie gelooft dat de mens in staat is zichzelf te (her)oriënteren, moet durven vertrouwen in de kracht van een opbouwende kritische reflectie. Telkenmale opnieuw zullen de eisen van menswaardigheid een nieuwe vertaling behoeven naar concrete ethische gedragsregels toe, inspelend op steeds nieuwe mogelijkheden en wisselende omstandgheden. Zo zal ook de eugenetische ethiek niet kunnen uitgeschreven worden in eeuwig geldende richtlijnen. Toch zullen een aantal prioriteiten inspirerend blijven bij de uitbouw van een concrete menswaardige ethiek. We stippen er enkele aan.

Prioriteiten.

Prioriteit van de wederkerige liefde

Een verantwoorde kinderwens welt op uit de wederzijdse liefde tussen man en vrouw. Deze wens mag nooit egoïstisch zijn : liefhebben is geven, is het geluk willen schenken aan zijn kind. In de groei van « een kind wensen » naar « een kind in het leven roepen » is ruimte voor ernstige bezinning op de toekomstkansen van het kind. Wanneer deze kansen in het gedrang komen door ernstig genetisch risico bij seksuele voortplanting, dan kan, juist vanuit deze gevende liefde, beroep gedaan worden op een « medische, helpende hand » om het diep-menselijk en gerechtvaardigd verlangen te verwezenlijken. Wanneer niet een gelukmakende liefde, maar louter rationele genetische kwaliteitseisen aan de basis liggen van dit artificieel ingrijpen, dan wordt dit kind misschien wel een « bewijsstuk van wetenschappelijke techniek », maar ontbeert het de (op)voedingsbodem om uit te groeien tot schoonmenselijkheid. In bepaalde omstandigheden kan deze prioriteit het offer van « verzaken aan de voortplanting » vergen.

Prioriteit van de vrije beslissing

Soms kunnen genetische risico's zo ernstig zijn dat het ethisch onverantwoord is een kind te verwekken. Het is dan niet de allereerste taak van de overheid of een andere (wetenschappelijke) instantie om met geboden of verboden te zwaaien. De overheid heeft echter wel een opvoedende opdracht, ook tot biologische verantwoordelijkheid, en zal op die manier de gewetensvorming moeten stimuleren. Uitgenodigd tot een herdenken van hun « verantwoord ouderschap » (wat ook individueel kan via genetic couseling) blijft de vrijheid van man en vrouw gerespecteerd.

Prioriteit van de kwaliteit van het intermenselijk samenleven

Wij willen waarschuwen tegen een blind vertrouwen in de resultaten van een rechtstreeks interveniëren in de biologie van de mens. Toekomstige gezondheid is allereerst afhankelijk van een gezond leven nu. Dit is zaak en van individuele en van maatschappelijke verantwoordelijkheid. Met « gezond leven » bedoelen we veel meer dan fysische gezondheid. Biologisch betere kansen kunnen zich maar ontplooien in een wereld van vrediger samenleven, bewuster leven, groeiend besef van onze verantwoordelijkheid voor medemensen enz. We hebben het gevoel dat juist dit klimaat, noodzakelijk voor een menswaardige eugenetische interesse, vandaag de dag meer en meer problematisch wordt.

Prioriteit van experimenten met materiaal van dierlijke oorsprong

Dit lijkt vrij evident. Maar de praktijk leert dat dit voor de handliggend principe in de research over het hoofd kan gezien worden. Andere motieven, zoals een te grote hunker naar ophefmakende resultaten, kunnen de deontoligisch verantwoorde uitwerking van een onderzoeksproject vertroebelen. De uiteindelijke verantwoordelijkheid terzake zal steeds in de handen van wetenschapsmensen liggen. Maatregelen, wetten en controle-organismen zullen nooit een ethisch verloop kunnen garanderen. Toch moet al wat kan bijdragen tot het stimuleren van ethische vorming en verantwoordelijkheidsbesef aangemoedigd worden. Dit zal een mentaliteitsverandering vergen én van de wetenschappelijke wereld, én van de overheid, én van de gehele samenleving.

Prioriteit van therapeutische hulpverlening

Wat de (verre) toekomstige toepassingsgebieden van bevruchting in vitro betreft lijkt het ons niet uitgesloten dat ook bepaalde vroegtijdig ontdekte genetische afwijkingen zullen kunnen gecorrigeerd worden (genetische chirurgie). Maar momenteel behoort dit nog tot science fiction. Intussen groeit « begrip » voor abortus op eugenetische indicatie. Op korte termijn zou dit wel eens kunnen leiden tot een aversie tegen de gehandicapte, « die niet had moeten geboren worden ». Een weigering om ook deze mens in de mensengemeenschap op te nemen. Daarom pleiten wij, allereerst, voor medische hulp aan de patiënt én ook psychologische hulp die hem moet helpen zichzelf te aanvaarden en zich aanvaard te weten door de anderen. Daarnaast, en niet minder belangrijk, is de hulp aan de ouders bij hun opvoedende opdracht, zo nodig via individuele begeleiding.

Op langere termijn zijn de gevolgen moeilijker te voorspellen. Maar het is best denkbaar dat, op het ogenblik dat de wetenschap voor

genetische afwijkingen correctieve therapieën ter beschikking heeft, men intussen zo vertrouwd geraakt met de toch zo eenvoudige « technische oplossing », dat men het « echt niet meer de moeite vindt om er zoveel (therapeutisch) werk van te maken ». Zich verschuilend achter het welzijnsappèl van de mensheid van morgen, mag niet alles wat lastig is terzijde geschoven worden.

VOETNOTEN.

(1) Een goed overzicht van de nog hangende problemen : PIJNENBORG, R., *Vragen rond proefbuisbabies. Wetenschappelijke problemen,* in *Seksuologische Actualiteiten,* 1 (1978), blz. 97-101.

(2) Een dergelijke verklaring legde o.m. de Patriarch van Venetië af. Kardinaal Luciani, kort voor hij gekozen werd tot Paus Johannes-Paulus I.

(3) *Acta Apostolicae Sedis,* 48 (1956), blz. 470.

(4) HAERING, B., *Ethik der Manipulation,* Graz-Wien-Köln, Styria, 1977, blz. 204-205.

(5) RAMSEY, P., *Fabricated man. The ethics of genetic control,* New Haven, Yale University Press, 1970, blz. 97.

(6) Bv. ROSCAM ABBING, P.J., *Toegenomen verantwoordelijkheid,* Nijkerk, Callenbach, 1972, blz. 112; ook RAMSEY, P., *o.c.,* blz. 97.

(7) Bv. HAERING, B., *o.c.,* blz. 206.

(8) ROSCAM ABBING, P.J., *o.c.,* blz. 109-110 haalt twee onderzoeken aan : (a) CARTER, C.O., *Genetic couseling in relation to mental retardation,* Oxford, 1971, blz. 6 : op een totaal van 142 echtparen met een mentaal gestoord kind kregen er 34 te horen dat een volgend kind groot risico (meer dan 10 %) liep ook aangetast te zijn; zeven (20 %) paren namen het risico toch (leidde tot 8 kinderen waarvan 2 gehandicapt). De toekomstige kinderen van 108 paren liepen licht gevaar (risico beneden 10 % : 76 van hen waagde een zwangerschap (85 kinderen waarvan 1 aangetast).— (b) cijfers uit *The Lancet* (06.02.71) : Op 170 paren, geïnformeerd over hoog risico, waagden er 61 (36 %) een zwangerschap; op 251 met laag risico 191.

(9) NIJS, P., *De eenzame samenspelers* (vol. III), Antwerpen - Amsterdam, De Nederlandsche Boekhandel, 1977, blz. 63.

(10) *Ibid.*

NAMEN 21 OKTOBER 1979

STATUTAIRE JAARVERGADERING

Groot Seminarie, 188 rue Henri Bles, Salzinnes-Namur

— 9 u. 30 : Sectievergaderingen, Algemene vergadering

— 10 u. 30 : Hoofdthema : HET KIND.

— Prof. Dr Van Meirhage :
« Het Kind en zijn Omgeving »;

— L'Abbé Scheuer,
directeur de l'Institut N.D. de Lourdes :
« Het moreel verlaten Kind ».

— Eucharistieviering in het Groot Seminarie.

— Middagmaal in « Le Bon Accueil » te Salzinnes.

4de CONGRES
VAN DE EUROPESE FEDERATIE VAN
KATHOLIEKE GENEESHERENVERENIGINGEN
F.E.A.M.C.

Brussel, 14 - 17 mei 1980

KATHOLIEKE GENEESHEER - HEDENDAAGS

PROGRAMMA

Woensdag 14 mei 1980

16.15 u. In de St. Michielskathedraal, geconcelebreerde Eucharistieviering voorgezeten door Zijne Excellentie Mgr. CARDINALE, Nuntius Apostolicus.

18.00 u. Onthaal van de congressisten en hun familieleden door het College van Burgemeester en Schepenen in het Stadhuis van Brussel. Opening van het Congres.

Donderdag 15 mei 1980

9.00 u. Vertrek per autocar vanuit de hotels naar het Heizel Paleis Nr. 7 waar de zittingen van het Congres zullen gehouden worden. Kosteloos vervoer voor de congressisten. Ruime parking voor individuele wagens.

10.00 u. Eerste zitting van het Congres. Thema : BETEKENIS VAN DE MENS voor de kristene en de niet-gelovige. Omstreeks 11 uur pauze van 15 minuten.

12.00 u. Geconcelebreerde Eucharistieviering ter plaatse.

13.00 u. Lunch ter plaatse, bij inschrijving (zie inschrijvingsbulletin). Kostprijs : BF. 500,— (menu, wijn, koffie, dienst en taksen inbegrepen).

14.30 u. Tweede zitting van het Congres. Thema : RECHTEN VAN DE MENS OP ZIJN LEVEN EN ZIJN DOOD. Omstreeks 16.00 uur pauze van 15 minuten.

18.00 u. Terugkeer naar stad per autocar.

20.30 u. Piano-recital aangeboden aan de congressisten.

Vrijdag 16 mei 1980

9.00 u. Vertrek per autocar zoals daags voordien.

9.45 u. Derde zitting van het Congres. Thema : HOUDING VAN DE GENEESHEER TEN OVERSTAAN VAN WETTELIJKE DWANG. Omstreeks 11 uur pauze van 15 minuten.

12.00 u. Geconcelebreerde Eucharistieviering ter plaatse.

13.00 u. Lunch ter plaatse (zie inschrijvingsbulletin).

14.30 u. Vierde zitting van het Congres. Thema : PLICHTEN VAN ONTHAAL EN HULP. Omstreeks 16.00 uur pauze van 15 minuten.

18.00 u. Terugkeer naar stad per autocar.

20.00 u. Sluitingsbanket, bij inschrijving, in het Hotel METROPOLE (zie inschrijvingsbulletin). Prijs per persoon : BF. 1.200,— (wijnen, koffie, dienst en taksen inbegrepen). Avondkledij gewenst.

Zaterdag 17 mei 1980

Officiële uitstap van het Congres naar Gent en Brugge.

9.00 u. Vertrek per autocar naar Gent. Bezoek van de St. Baafskathedraal, (VAN EYCK drieluik), Stadhuis, enz. Vertrek uit Gent om 12.00 uur.

13.00 u. Lunch te Brugge, gevolgd door bezoek aan de stad : MEMLINC-museum, Stadhuis, hoofdkerk enz... Terugkeer te Brussel omstreeks 18.00 uur.

Prijs van de excursie : BF. 700,— (vervoer per autocar, lunch, drank, koffie, dienst en taks inbegrepen). Zie inschrijvingsbulletin. Wil ook laten weten of U verlangt bij de terugkeer te Brussel aan het vliegveld afgezet te worden omstreeks 18.00 uur.

ALGEMENE INFORMATIE

1. — **Secretariaat van het Congres.** Een inschrijvings- en inlichtingskantoor zal geopend worden :

op woensdag 14 mei van 10.00 tot 18.30 u. in het Hotel METROPOLE, 31, de Brouckère plaats te Brussel. (Tel. 02/217.23.00). De congressisten worden dringend verzocht zich op het Secretariaat aan te melden om er de documenten af te halen en in het bijzonder het badge van het Congres dat aan de ingang van het Stadhuis zal geëist worden.

op donderdag 15 en vrijdag 16 mei van 9.30 tot 18.00 uur in de hall van het Paleis 7 in de Heizel. (Tel. 02/478.48.60 - Het Congres der Geneesheren vragen).

2. — **Simultane vertaling** is verzekerd, voor de zittingen van het Congres, in het Nederlands, Duits, Engels, Frans en Italiaans.

3. — **Inschrijvingsrechten.** Het inschrijvingsrecht tot het Congres bedraagt BF. 2.000,—. Dit recht wordt, bij inschrijving en betaling vóór 1 februari, verminderd tot BF. 1.200,—. Voor familieleden en studenten in geneeskunde is het inschrijvingsrecht BF. 500,—.

4. — **Damesprogramma.** Een ééndaagse excursie is voorzien « Op het spoor van BREUGHEL ». Bezoek aan het Oudheidkundig voor de dames, op donderdag 15 mei. Vertrek per autocar om 9.30 u. : Museum, Kapellekerk, Erasmushuis. Lunch. Daarna bezoek aan het kasteel te Gaasbeek en terugkeer naar Brussel. Globale prijs voor vervoer, lunch (drank, dienst en taksen inbegrepen) : BF. 800,— (zie inschrijvingsbulletin).
Op vrijdag 16 mei zijn geleide bezoeken voorzien.

5. — **Betalingsmodaliteiten.** Betalingen dienen uitsluitend uitgevoerd te worden met EUROCHECKS betaalbaar aan : « FEAMC - CONGRES 1980 ». Meer bepaald moeten :

a) De Eurochecks in Belgische frank opgesteld worden.
b) Om de innings-onkosten te beperken mag één Eurocheck het bedrag van BF. 5.000,— niet overtreffen. Indien het verschuldigde bedrag hoger ligt dan BF. 5.000,— gelieve gelijktijdig 2 of meerdere checks uit te geven waarvan iedere check het bedrag van BF. 5.000,— niet mag overschrijden.
c) Zo mogelijk, moeten de checks aan de rugzijde het bankkaartnummer vermelden.
d) De checks **moeten** met het inschrijvingsbulletin, in dezelfde omslag, verzonden worden.

6. — De inrichters zouden met veel erkentelijkheid iedere gift ontvangen van dezen voor wie het onmogelijk is het Congres bij te wonen en die hun sympathie willen betuigen.

Nadere inlichtingen te verkrijgen bij de Secretaris-Generaal van het Congres : Dr. de GHELDERE, Zeedijk 816 - 8300 Knokke-Heist - Tel. (050) 60.79.01.

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(Vereniging zonder winstgevend doel)

Algemeen Voorzitter : Dr P. MARCHANDISE
Algemeen Secretariaat : IJzerlaan 19 - 1040 Brussel
Tel. : 735.36.02
P. C. 000-0321178-11

Het Verbond Sint-Lucas

Voorzitter : Dr. P. Deschepper — Sekretaris : Dr. G. Vandenberghe

De Gilden

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Overhammedreef 16 - 9300 Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Moorkensplein 13 - 2000 Antwerpen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Koning Albertlaan 2 - 8201 St Michiels.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, E. Plaskylaan 50 - 1040 Brussel.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Patijntjesstraat 54
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Langveldstraat 13 - 3500 Hasselt.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - 5922 Mechelen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, H. Heymansplein 12 - 2700 St-Niklaas-Waas.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - 2300 Turnhout.

Medische hulp aan centraal-Afrika

Algemeen Secretariaat : Veldskapellaan 30 - 1200 Brussel
P.C.R. 000-0192639-94

Medicus Mundi

Algemeen Secretariaat : Sint Lambrechts Woluwelaan 78 - 1200 Brussel
Telefoon : 736.18.31 — P.C.R. 000-0038082-58

« Hoe Uw belastingen verminderen ? »

Iedere storting van 1.000 Fr. en meer, ten bate van Medische hulp aan centraal-Afrika en/of Medicus Mundi mag afgetrokken worden bij het opmaken van Uw fiskale aangifte. (zie hoofdstuk III art. 6) Milde gaven. Overeenkomstig de huidige wetgeving.